

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sudeste de Minas Gerais
CGARA

**TERMO DE CONHECIMENTO – PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO “ALUNOS QUE APRESENTAM COMORBIDADES E COMPROVANTE DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19”
SOMENTE PARA ALUNO MENOR DE IDADE**

Eu, _____, brasileiro(a),
portador(a) do RG nº _____ UF _____, residente e domiciliado na rua
_____, nº _____, Bairro
_____, na cidade de _____, Estado
_____, pai/mãe ou responsável legal do menor
_____ (nome completo do aluno
menor), _____, matriculado no IF Sudeste MG – Campus
Juiz de Fora no curso _____, estou ciente do preenchimento do
formulário intitulado “Alunos que apresentam comorbidades e comprovante de vacinação contra a
COVID-19”.

Data: ____/____/2022.

Assinatura Pai/Mãe ou Responsável
